



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE ARTES
DEPARTAMENTO DE ARTES CÊNICAS
LICENCIATURA EM TEATRO

**A ARTE NA SAÚDE MENTAL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA
PEDAGOGIA DO TEATRO**

Vladimir Corrêa Fonseca

Barretos SP
2011

VLADIMIR CORRÊA FONSECA

**A ARTE NA SAÚDE MENTAL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA
PEDAGOGIA DO TEATRO**

Trabalho de conclusão do curso em Licenciatura,
habilitação em Teatro do Departamento de Artes
Cênicas do Instituto de Artes da Universidade de
Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Agra

Barretos SP
2011

VLADIMIR CORRÊA FONSECA

A ARTE NA SAÚDE MENTAL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA PEDAGOGIA DO TEATRO

Trabalho de conclusão de curso aprovado, apresentado a UnB- Universidade de Brasília ao Instituto de Artes CEN como requisito pra obtenção do título de Licenciatura em Teatro final igual a sob a orientação da Professora Doutora ANA MARIA AGRA

Barretos,..... de..... de 2011.

Professor ()

Professor ()

Professor ()

Dedicado á pessoa mais “livre” que conheço: minha mãe, Olga Nicola Fonseca.

Dedicado aos queridos do CAPSIII, bem como a minha orientadora, Ana Maria Agra, pelo estímulo, força, sabedoria e afeto.

Aos queridos

Andrea Cristina Mendes

Garibaldi da Silva Costa

Luciana Helena Reis

Regina Helena Rocha

Silvia Fenato de Almeida

Silvia Helena Marques de Freitas

Uelton Martins

Wanderly Borges Silva

“Depois de um tempo você aprende a diferença, a sutil diferença entre dar a mão e acorrentar uma alma.”

William Shakespeare

RESUMO

Um dos grandes desafios em trabalhar “A arte na saúde mental: Uma proposta da pedagogia do teatro”, com pessoas que sofrem de transtornos mentais e/ ou psíquicos, é sem dúvida alguma levá-los a romper com estereótipos (criados e estimulados pelo sistema capitalista) que os torna reféns do medo e da possibilidade de entender e vivenciar que a busca pela autonomia e por mudanças em seu cotidiano é possível.

Através das obras de Boal “jogos para atores e não atores” e “Teatro do Oprimido”, este autor nos dá condição de entender e aplicar toda uma sistematização de técnicas teatrais que nos impulsiona a trabalhar projetos com “não atores”, pois como ele mesmo reafirma, podemos encontrar uma condição interna de mudanças, passando de passivos a ativos em nossa reconstrução pessoal e o teatro propõe estas mudanças.

Falar desse pensador, é falar também em rompimento de barreiras, pois em “ Teatro do Oprimido” ele salienta a visão política da arte (O pensamento determina o homem ou vice versa ?) herdada por Brecht, e nos instiga a experimentá-la em nossa prática teatral a busca de saídas e desejos de mudanças em nossa existência.

Para entretanto, poder " atuar " dentro do CAPSIII (Centro de Atenção Psicossocial) é indispensável entender não apenas todo seu histórico e estrutura, mas também a relação estabelecida, com os usuários, seja através de atividades terapêuticas oferecidas, assim como o que os usuários e seus familiares podem esperar de um trabalho que propõe, além de uma reinserção social, a ampliação de sua cidadania.

A fim de refletir sobre as possibilidades em trabalharmos, mais especificamente com esta rede de serviços (substitutivos ao manicômio, ou confinamento) este trabalho pretende também refletir o “tratar” sobre os mais diversos aspectos, levando o grupo trabalhado (através de uma leitura dramática) a vivenciar que “Tratar é estar em atividade”, de uma forma livre e produtiva.

O processo construtivo que, com certeza, pode ser proporcionado pelas atividades a serem desenvolvidas, através de exercícios de corpo, de voz, memorização, improvisação

livre e improvisação direcionada, jogos teatrais e dramáticos, baseia-se no pressuposto de que estas são fatores primordiais de desenvolvimento e aprendizagem.

Todo esse conteúdo vem de encontro às necessidades e experiências que existiam inicialmente, tanto pela coordenação do CAPSIII, como pelos próprios usuários desta instituição que encontra no teatro a busca pela própria “voz” e estímulo para o aprimoramento e desenvolvimento artístico e/ ou pessoal.

No decorrer do curso de Licenciatura em teatro na EAD/UNB (pólo: Barretos/ S.P), foi possível detectar que é fundamental não apenas aliar a teoria à prática, mas também a nos permitir a “correr riscos”, e enfrentar desafios, investigando o ser humano, além de sua pseudo aparência, resgatando-o holisticamente.

Sendo assim, acreditamos que é necessário e possível experimentar e vivenciar “A arte em saúde mental: Uma proposta de intervenção da pedagogia do teatro”, não apenas dentro do CAPSIII, mas em qualquer instituição, que prioriza o homem, e o vê não como mera mercadoria barata, mas como um ser pensante e atuante, que possibilita a transformação de seu histórico pessoal e social.

Palavras chave: Ação humanizante, Integralidade, Descentralização, Promoção e qualidade de vida, Atuação, Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

A major challenge in working in the art mental health:” A proposal from the pedagogy of theater”, with people suffering from mental disorders and / or mental, is undoubtedly algumalev them to break with stereotypes (created and encouraged by the capitalist system) that makes them hostage to the fear and the possibility of understanding and experience that the search for autonomy and changes in your life is possible.

Through the work of Boal "games for actors and non actors" and "Theatre of the Oppressed," the author gives us a position to understand and apply a systematic whole of theatrical techniques that drives us to work projects with "non-actors," because as he reaffirms that we can find an internal condition of change from passive to active in our reconstruction and theater staff proposes these changes.

Speaking of that thinker, is to speak also in breaking through barriers, as in "Theatre of the Oppressed" he points out the political vision of art (thinking determines man or vice versa?) Inherited by Brecht, and invites us to experience it in our theatrical practice the search outputs and desires for change in our lives.

In the meantime, can "act" within the CAPSIII (Psychosocial Care Center) is essential to understand not only all of its history and structure, but also established the relationship with users, either through therapeutic activities offered, as well as what users and their families can expect from a work that proposes, in addition to a probation officer, the expansion of their citizenship.

In order to reflect on the possibilities of working more specifically with this network of services (substitute the asylum, or confinement) this work also aims to reflect the "Deal" on the various aspects, leading the working group (through a dramatic reading) to experience that, "this is to be active" in a free and productive.

The constructive process which, of course, can be provided for activities to be developed through exercise of body, speech, memory, free improvisation and directed improvisation, theater games and dramatic, is based on the assumption that these are major factors development and learning.

All this content has been meeting the needs and experiences que existed initially, both for coordinating the CAPS III, as by the users of this institution in the theater is the pursuit of

his own "voice" and a stimulus for the improvement and development of art and / or personnel.

During the Bachelor's Degree in Theatre in DL / UNB (pole: Barry / SP), it was possible to detect that it is essential not only to combine theory with practice, but also allow us to "take risks", and challenges, investigating humans, and its pseudo appearance, rescuing it holistically.

Thus, we believe it is necessary and possible to experiment and experience "Art in mental health: A proposal for action by the pedagogy of theater," not only within the CAPS III, but in any institution, which prioritizes the man and sees him not as mere cheap commodity, but as a thinking and acting that allows the transformation of his personal history and social.

Keywords: Action humanizing, completeness, Decentralization, promotion and quality of life, Performance, Interdisciplinary.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA ANTES DO APARECIMENTO DO CAPS.....	12
1.1 Reforma psiquiátrica.....	18
1.2 Histórico do Caps e Estrutura do CAPS.....	21
1.3 Por que o interesse em trabalhar no CAPS	24
2. “TRATAR É SER MEDICADO”.....	25
2.1 “Tratar é ser cuidado/ (Des) cuidado”.....	27
2.2. “Tratar é estar em atividade”.....	30
3. METODOLOGIA.....	34
3.1 Plano de trabalho e resultados alcançados.....	37
3.2 Procedimento de coleta de dados.....	44
3.3 Procedimento de análise de dados	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	53

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso propõe uma intervenção pedagógica do teatro no CAPSIII (Centro de Atenção Psicossocial – Barretos/ São Paulo), pautado, não somente na afirmativa de suas correlações teórico-práticas, mas também na de que, para podermos nos comunicar, necessitamos do uso da linguagem falada e não falada e que esta deve estar sempre a favor do homem, pois o leva não apenas a comunicar-se, mas também a encarar desafios e conquistas, definindo-o como ser humano.

A partir daí, reconhecemos a importância da voz, dos gestos, da escrita, dos sons, do corpo, das emoções, dos sentimentos, da mente, do teatro, e de que “linguagem teatral é a linguagem humana por excelência, e a mais essencial.” (BOAL, 2009, p IX). Por isso, nos sentimos encorajados e estimulados não apenas a assumir este grande desafio, mas também a cumprir a proposta a ser apresentada.

Sendo assim, não seria possível deixar de repensar o teatro – através da máxima, de que ele “é a capacidade dos seres humanos (ausente nos animais) de se observarem a si mesmos em ação. Os humanos são capazes de se ver no ato de ver, capazes de pensar suas emoções e de se emocionar com seus pensamentos . Podem se ver aqui e se imaginar adiante , podem se ver como são agora e se imaginar como serão amanhã.” (BOAL, 2009, p. XIV) - e acreditar que (também como linguagem) o teatro possa ser aceito, visto, discutido e experimentado em nosso trabalho dentro do CAPS III.

Entretanto, muitos desafios se implicam quando pretendemos trabalhar e pesquisar o universo de pessoas que apresentam “sofrimento psíquico”, pois estas enfrentam no dia a dia situações de discriminação e desrespeito com seus direitos como cidadão, por isso, para pretendemos propor um resgate e ampliação de sua cidadania e um processo de reinserção social, se faz necessário (através de nosso primeiro capítulo) investigar tanto o histórico da psiquiatria antes do aparecimento do CAPS, como seu próprio histórico e infra estrutura, assim como explicitar o que nos levou a termos interesse em trabalhar e aplicar uma leitura dramática, através de uma oficina teatral no CAPS III.

Assim, no segundo capítulo faremos uma análise de como o tema “Tratar“ pode ser abordado, pois este não se restringe e/ou não se encerra apenas á figura do médico, mas também a outras categorias (envolvendo outros profissionais) tais como: 1- “Tratar é ser medicado”, onde destacamos as medidas e ações práticas do médico, terapia medicamentosa e a ”indústria farmacológica”, 2- “Tratar é ser cuidado/ (des) cuidado”, onde destacamos a

“loucura” como enfermidade, a sistematização do CAPS III (infra estrutura – recursos humanos e ações práticas) e “Tratar é estar em atividade” onde destacamos a arte e o teatro como proposta pedagógica - as ações políticas do teatro (Brecht e Boal) e a busca pela autonomia (espectador X representação teatral).

No terceiro capítulo, traremos à nossa experiência profissional, como futuro arte educador, desenvolvida no CAPS III, onde explicitaremos a metodologia aplicada, a partir de um plano de trabalho (entrevistas, cronogramas e tabelas) com uma sistematização baseada nos métodos de Boal, chegando a um procedimento e coleta de dados. Ainda neste capítulo mostraremos os resultados obtidos neste trabalho e para finalizar, apresentaremos como último elemento, as considerações finais, relacionadas a experiência do estágio, propriamente dito.

1. HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA ANTES DO APARECIMENTO DO CAPS

Para podermos falar e refletir sobre as diversas formas de tratamento dos “seres” que sofrem de transtornos mentais e do aparecimento do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil, faz-se necessário contextualizar todo o histórico da doença mental, salientado que é importante perceber a influência do contexto sócio-cultural sobre as formas de pensar, sentir, agir, etc, pois nem sempre se pensou em perturbação mental, e /ou em psiquiatria e muito menos em loucura(não que não houvesse perturbações) mas cabe a nós refletirmos que as explicações para estas perturbações sempre foram de outra ordem (sempre em defesa de uma classe dominante). Até a Idade Média a “loucura” era encarada como fato cotidiano ou “dádiva divina”, e esta habitava casas, povoados e os próprios castelos, dando chance aos mais abastados de cuidarem de seus insanos, miseráveis e/ ou portadores de deficiência mental, para redimirem de seus pecados.

De acordo com LOPES (2001), a segregação social, sofreu modificações significativas e as recomendações terapêuticas eram diversas, desde o estímulo ao contato com a natureza, retiros e o teatro, que através de comédias, refletiam a própria loucura (a loucura era posta em cena sem juízo moral). No final da Idade Média, o doente mental passa de um tratamento antes humanitário para torturas generalizadas, privação de alimentos, pois era considerado como possuído pelo demônio.

Nesse contexto, os possuídos pelo demônio eram pessoas que se comportavam de forma diferenciada, ou seja, que fugiam ao comportamento esperado. Na Idade das Trevas (ou Idade Média), segundo Ruth Mylius Rocha: “existiam grandes grupos – sobretudo de

camponeses – que se acreditavam possuídos dançavam pelas ruas, relatando suas visões e gritando nomes do demônio. Eram tratados com exorcismos ou condenados á fogueira. O estudo desses grupos conduziu as primeiras concepções sobre a influência de fatores sociais no surgimento das perturbações mentais.” (ROCHA, 2005, p.8).

Importante lembrar (ROCHA, 2005) que outro grupo, os “desviantes”: loucos, mendigos, libertinos, doentes pobres, moribundos, religiosos infratores, eram confinados (no séc.XVII) em casas de internação, e estas (Instituições leigas ou religiosas) visavam apenas a segregação, pois o médico não era uma figura necessária. Lembramos ainda que os serviços da higiene e de alimentação eram realizados por pessoas despreparadas e mal remuneradas, sendo muitas vezes instruídas por irmãs de caridade.

Podemos perceber que tanto o grupo dos desviantes, como o dos possuídos pelo demônio pertenciam à mesma classe: a dos excluídos socialmente. E estes já no séc. XVII, precisavam ser contidos ou corrigidos, pois com o Mercantilismo, que tinha o pressuposto de que “a população é o bem maior que uma nação pode ter, começam a ser encarcerados todos aqueles que não contribuem para o movimento de produção, comércio e consumo” (BELMONTE, Pilar R et. al , 1998 , p. 9) . Esse encarceramento se dá devido a burguesia , pois a sociedade passa a não aceitar aqueles que não consomem e produzem, criando assim a necessidade de um controle social.

De acordo com BELMONTE, Pilar R et. al (1998), inicia-se na Europa a “limpeza” das cidades, ou seja, os excluídos socialmente eram então postos em estabelecimentos de internação (em “verdadeiros depósitos humanos”) que não tinham a intenção de tratá-los, pois estes tinham o vício da ociosidade (considerado o “ maior vício da sociedade mercantilista “). A partir da Revolução Francesa (1789) modifica-se o quadro social, onde existe a preocupação da “reabsorção dos excluídos“ passando a “loucura” do campo mitológico para o âmbito médico, embora a medicina não tenha tido elementos para defini-la.

Surge então, na França, Phillippe Pinel (1745- 1826) que inspirado pelas idéias da revolução francesa propõe um novo “estatuto do louco“ ROCHA (2005). Pinel (considerado com o aquele que libertou os doentes mentais das correntes) propunha e incentivava uma nova postura – alicerçada na medicina e na filosofia – de condutas, de médicos, como de um tratamento adequado, ou seja, a separação dos loucos, de outros grupos e visava estudá-los pois “ fundamentava a alienação mental como sendo um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso. Define o cérebro como sendo sede da mente , onde se manifesta a loucura.

Divide o sintomas em categorias: mania, melancolia, demência e idiotismo. Considera a loucura como uma alteração das faculdades cerebrais, cujas principais causas seriam físicas – por exemplo, pancada na cabeça, formação defeituosa do cérebro e hereditariedade – e – morais – consideradas as mais importantes: paixões intensas e excessos de todos os tipos.” (BELMONTE, Pilar R et. al, 1998, p. 10).

Importante perceber, que através de Pinel, não apenas a loucura passou a ser revista e questionada, mas também o próprio tratamento “moral” do “louco”, onde ele afirmava: “A função disciplinadora do manicômio e do médico deve ser exercida com um perfeito equilíbrio entre firmeza e gentileza. Mais ainda, a permanência demorada entre médico com os doentes mentais melhora seu conhecimento sobre os sintomas e sobre a evolução da loucura” (LOPES, 2001, p. 10).

A afirmativa de Pinel, entretanto, nos revela que muitas de suas ideias não foram compreendidas, pois alguns de seus auxiliares, por confundir firmeza com autoridade e desrespeito, chegavam a torturar e maltratar os seus pacientes, tanto que Jean-Baptiste Pussin – considerado o primeiro enfermeiro psiquiátrico ROCHA (2005) e que influenciou Pinel em seus trabalhos – valorizava a bondade e a humanidade, pois “ havia observado que maltratar os loucos, os induzia á violência e á agressão, entendia que maus-tratos e castigos não poderiam reverter as idéias afetadas e afastava de suas funções os atendentes que não cumpriam essa norma.” (ROCHA, 2005, p. 11).

É necessário ressaltar que vários estudos demonstram críticas ao modelo de tratamento asilar, proposto por Pinel, pois questionava-se “o caráter fechado da instituição psiquiátrica, isto é, ao fato de os doentes ficarem trancados todo o tempo no local em muito assemelhado a uma prisão.” (BELMONTE, Pilar R et. al, 1998, p. 10). Independentemente das críticas ao espaço destinado para os doentes mentais, não podemos deixar de reconhecer o caráter revolucionário de Pinel em seu trabalho, e repensar, que na atualidade, embora muitas instituições proponham práticas (ao tratamento de pessoas com transtornos mentais) que se caracterizam em ambientes abertos, estes, entretanto, não deixam de ter suas amarras.

Para complementar, resalto que no séc. XIX, os principais representantes – que enxergavam a loucura como descrição psicológica – foram “Pinel, na França, e Teike, na Inglaterra – e posteriormente Esquirol, considerado um dos maiores teóricos dessa primeira escola psiquiátrica (o alienismo) e que, discípulo de Pinel, dá continuidade ao seu trabalho.” (BELMONTE, Pilar R et. al, 1998, p. 10).

Posteriormente, estudos comprovam que, no século XIX houve uma distorção no tratamento moral proposto por Pinel, pois reinava a imposição da ordem e da disciplina institucionalizada, onde medidas agressivas submetiam os doentes a máquinas giratórias, sangrias, chicotadas, etc, pois visavam o bem da Instituição. Aos poucos, o que antes era considerado, como doença moral passou a ter uma concepção orgânica.

No âmbito da Ciência, temos segundo Maria Helena Itaquí Lopes:

As técnicas de tratamento usadas que defendiam as teorias organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral, todas com explicações e justificativas fisiológicas para a sua utilização. A partir daí prevalecem as teorias organicistas da doença mental decorrentes de descobertas experimentais de neurofisiologia e da anatomia patológica (LOPES, 2001, p.1)

Na trajetória dos hospitais psiquiátricos, evidencia-se que não havia no Brasil assistência médica específica aos doentes mentais, até a segunda metade do séc XIX e conforme mostra MOSTAZO e KIRSCHBAUM (2003) o Hospício D. Pedro II (1º hospital psiquiátrico – 1852 – R.J) atribuía a seus internos um tratamento que objetivava suprimir a loucura, levando ao isolamento e a vigilância (segurança do alienado) sendo que a situação de exclusão do alienado da sociedade, se dava em função da possibilidade de uma reinserção social, após a sua reabilitação, devido, sobretudo ao tratamento oferecido pelo hospício.

Vale destacar, o surgimento no Brasil, dos seguintes hospitais psiquiátricos: Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) inaugurado em 1884, explicitando que as atividades de ensino se iniciara em 1908 (pelo Dr. Deoclécio Pereira – para alunos da Faculdade de Medicina) e que em 1926, instituída por seu diretor Dr. Jacyntho Godoy, temos uma grande fase de pesquisas no campo médico, constando também o Hospital Colônia de Barbacena (MG em 1903, o Manicômio Judiciário, em Porto Alegre (RS) em 1903 (atualmente denominado Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso).

Diante desses dados, explicitamos que: “o tratamento médico da loucura iniciou-se com a criação do Hospício Pedro II e consistia essencialmente na internação, que era dividida em dois tipos: voluntária e involuntária. A voluntária é a intenção efetuada de acordo com a própria vontade do paciente; a involuntária, quando contra a sua vontade. No caso da involuntária, pode distinguir-se a compulsória, determinada por ordem judicial – a qual, feita contra a liberdade individual do paciente, deve, por isso mesmo, ser regulamentada.” (BELMONTE, Pilar R et. al , 1998, p. 19) .

Quanto às questões de regulamentação de leis, a legislação brasileira, regulamenta que (sobre a periculosidade do louco) através do Código Penal Brasileiro, no artigo. 26 (de 1942, modificado em 1984 e em vigor) que o louco criminoso não pode ser julgado e nem submetido a qualquer pena BELMONTE, Pilar R et. al (1998) ou seja, o louco criminoso é visto como inimputável.

Não podemos deixar de citar que o primeiro manicômio judiciário (Casa de custódia e tratamento) foi criada pelo médico Juliano Moreira (1873- 1933) em 1921, no antigo Distrito Federal BELMONTE, Pilar R et. al (1998) e que segundo ROCHA”foi ele quem fez o corte entre a psiquiatria brasileira de inspiração francesa e a psiquiatria nos moldes alemães. Figura de destaque á época, tanto se ocupava da humanização do hospital como do desenvolvimento do conhecimento científico na área de psiquiatria. Tendo realizado vários cursos e visitas a hospitais europeus, foi o introdutor, no Brasil, da psiquiatria de Kraepelin.” (ROCHA, 2005, p. 16).

Urge dizer que antes da criação dos manicômios judiciais, o “louco criminoso” era detido em locais que funcionavam anexos aos presídios e que o segundo manicômio a entrar em funcionamento no país, foi criado em 1925 (Rio Grande do Sul) explicitando que ”Na realidade , o manicômio judiciário não cumpre a função de tratamento (não cura a loucura) nem a função punitiva (o louco que comete crime não está cumprindo pena enquanto internado, e o criminoso que enlouqueceu não tem sua pena atenuada”) (BELMONTE, Pilar R et. al , 1998, p. 20) .

A situação de alguns hospitais hoje merecem nossa atenção e destaque, pois são uma referência positiva em relação à saúde mental, como o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), outrora conhecido como Hospital Colônia de Barbacena, criado em 1903. Segundo dados do “Museu de Psiquiatria Brasileira “(ABP 2009), o hospital colônia apresentava uma série de problemas graves, destacando que o tratamento dispensado aos doentes era desumano e degradante, atingindo assim altas taxas de mortalidade. A cidade de Barbacena passou a receber o estigma de “Cidade dos loucos” e os problemas da instituição foram se arrastando sem solução.

A partir de 1979, inicia-se uma luta para reverter o quadro vigente, tendo a frente um grupo de profissionais ligados a saúde mental (além de psiquiatras) que organizam o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, tendo como convidado Franco Basaglia(psiquiatra italiano). Esta iniciativa leva o jornalista Hiram Firmino, a denunciar, através de uma

série de reportagens (“Os Porões da Loucura”) a situação vergonhosa da instituição, sem contar que o cineasta Helvécio Ratton é inspirado a lançar “Em Nome da Razão” (curta metragem demonstrando a vida dentro do hospício).

Em função dessas denúncias, (que chocaram a opinião pública) cria-se o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que resolve elaborar um plano de reestruturação do hospital. O hospital passa então para um processo de humanização e transformação, objetivando o resgate da cidadania dos usuários para uma reintegração social.

Atualmente, a instituição promove: Assistência integral aos pacientes, Assistência especializada a pacientes em fase aguda, Hospital – dia para usuários de álcool e outras drogas, Oficinas terapêutica para moradores e usuários externos do CHPB, Hospital Regional para atendimento de clínica médica e cirúrgica, além de serviços de urgência e emergência.

Destacamos que além desses avanços significativos temos também: a criação do Museu da Loucura (em 16 de Agosto de 1996) que além de mostrar a história antiga do manicômio, enfoca a atual abordagem do trabalho psiquiátrico desenvolvido, e (a partir de 2007) o Programa de Clínica Médica no Hospital Regional de Barbacena, sem se esquecer do Programa de Residência em Psiquiatria credenciada pela Comissão Nacional de Residência do Ministério da Educação (CNR/MEC).

Em síntese, percebe-se que o tratamento da “loucura” (apesar do exemplo, citado acima) no Brasil, foi marcado exclusivamente pelo asilamento, (maus tratos e desumanidade), como forma de atender pessoas que sofriam de transtornos mentais e que as instituições se preocupavam, principalmente com a mercantilização da loucura, enxergando o homem apenas como simples produto e destituído de autonomia.

Entretanto, é fundamental entender também, como nos diz Ruth Mylius Rocha, que “a psiquiatria não apresenta um perfil único, como outras áreas da Saúde, mas uma pluralidade de saberes e de práticas” (ROCHA, 2005, p.33). Independentemente dessa pluralidade de saberes e de práticas torna-se essencial refletirmos também a quem a psiquiatria serviu e serve, pois o homem precisa assumir que toda e qualquer ação, é política por natureza, mas que estas ações devem estar sempre a favor do ser humano e não de ideologias, que reforçam valores, muitas vezes ligados a classes sociais, que se beneficiam com a competitividade, com o pré conceito e com a discriminação.

Em seguida, vamos abordar alguns temas de relevância e significados como a reforma psiquiátrica e os processos de desinstitucionalização.

1.1. REFORMA PSIQUIÁTRICA

Compreender a importância do movimento dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) para o advento da reforma psiquiátrica, faz-se necessário, pois este em 1978, propôs... “a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente sua crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2005, p.7). Em função disso salientamos que a implantação do processo de reforma psiquiátrica ocorreu na segunda metade da década de 80, induzido pelo Encontro Nacional do MTSM (Bauru – São Paulo).

Vale ressaltar que o início das lutas pelo movimento da reforma psiquiátrica, nos campos do legislativo e normativo, inicia-se em 1989, através do Projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005).

Em busca de uma melhoria da assistência à saúde mental, surge em 1986 o primeiro CAPS do Brasil na cidade de São Paulo, marcando o início do processo de intervenção em saúde mental e em 1989, da Secretaria Municipal de saúde de Santos em um hospital psiquiátrico (a casa de Saúde Anchieta) onde se concentravam maus tratos e mortes de pacientes BRASIL(2005). Esta intervenção demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Assim, dentro deste quadro, são implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas - sendo residências para os egressos de hospitais - e associações BRASIL (2005). Esta experiência tornou-se um marco no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Diante dessas informações importantes, destacamos também: a criação do SUS (Sistema Único de Saúde – 1988) formado pela articulação (gestões: federal, estadual e municipal) sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde e na década de 90 a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que dá início às primeiras normas federais (inspiradas pelo projeto de lei de Paulo Delgado)

regulamentando a implantação dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

De acordo com estas informações, entendemos a importância da II Conferência Nacional de Saúde Mental, e que o processo final da Reforma Psiquiátrica ocorreu em 2001 (Brasília) com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em que teve a presença ativa de usuários dos serviços de saúde e de seus familiares, assim como de representantes de movimentos sociais.

Destacamos que a III Conferência “consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere ao CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil.” (BRASIL, 2005, p. 9.)

Por isso, ressaltamos que: o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, não é o fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas a humanização dos tratamentos, sendo que o último recurso seria a internação, propriamente dita. Devemos e podemos entender que a busca de redução de leitos em hospitais psiquiátricos, se dá com a implantação de serviços em meio aberto (CAPS) que objetivam o não afastamento dos “atendidos” do convívio de seus familiares e da própria sociedade.

Hoje, no Brasil, existem além dos hospitais psiquiátricos, os NAPS, os CAPS, as Residências Terapêuticas, os Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral, Ambulatórios e a Emergência Psiquiátrica, sem nos esquecermos no entanto, dos Centros de Convivência.

Em razão das informações apresentadas, existe a necessidade de destacarmos também o dia Nacional da Luta Antimanicomial (8 de Maio de 1987 – Início / Bauru-São Paulo) marcando definitivamente a luta pelos direitos de cidadania de pessoas com transtornos mentais, explicitando que “Este dia faz parte do patrimônio público e cultural e que é construído coletivamente ao longo da trajetória da reforma psiquiátrica.” (COSTA, 2010, p.1).

Focando exclusivamente o dia da luta antimanicomial, destacamos que a escolha do dia 20 de Maio/2011, para a realização da nossa apresentação “Poetagem” (leitura dramática, a partir dos textos: “O menestrel” de Shakespeare e “Eu, etiqueta” de

Drummond) trabalho este realizado com os pacientes do CAPSIII (Barretos- São Paulo) através de uma oficina teatral, ministrada por mim, não foi aleatória, mas um homenagem a uma luta tão significativa e séria dentro do cenário nacional.

Uma das questões de maior relevância, ao meu ver, sobre a reforma psiquiátrica e os processos de desinstitucionalização no Brasil, está calcada na valorização do histórico de vida (história pessoal) do ser humano, pois será que este tem seu destino irremediavelmente traçado? Será que todas as pessoas que sofrem de transtornos mentais estão condenadas a se tornarem eternamente párias sociais? Não podemos ignorar que a vida é feita de luta, não apenas pela “simples” sobrevivência ou pela busca de autonomia, mas principalmente pela necessidade de reconhecer que todo ser humano possui voz, merece ser ouvido e reconhecido, com inúmeras possibilidades de mudar seu cotidiano, e que a sociedade precisa re-definir seu processo de escuta.

Dentro desse “processo de escuta”, não podemos deixar de reconhecer a “experiência de Santos”, pois no contexto brasileiro, “o processo santista de transformação da assistência em saúde mental deve ser considerado como de extrema importância – pode-se mesmo dizer que após ele nada foi como era antes. Santos foi a primeira cidade brasileira a construir uma rede de serviços totalmente substitutivos ao manicômio, e a quarta no mundo. A partir dessa experiência multiplicaram-se por todo o país tentativas de superar o modelo psiquiátrico tradicional de atendimento.” (BELMONTE, Pilar R et. al, 1998, p. 34).

A experiência de Santos, realizada em 1989, com o apoio de vários setores da sociedade civil, prova que todo ato de violência, e desrespeito aos direitos civis, deve ser denunciado, pois a liberdade é necessária e essencial. Em busca de liberdade, citamos “Declaração de Caracas” (Venezuela, 1990) onde aconteceu a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana da Saúde (OPS) que objetivava implementar na prática a reestruturação da assistência psiquiátrica.

O termo “Declaração de Caracas” (documento) surge como resultado dos trabalhos desenvolvidos nesta conferência e desaprova o hospital psiquiátrico, como única modalidade de atendimento, propondo (sobre os cuidados e tratamento) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, estarem baseados em

critérios racionais e tecnicamente adequados, propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário.

Nesse caminho de assegurar os direitos humanos e civis dos doentes mentais, citamos também a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) que propõe: “A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental e hospital geral, emergência psiquiátrica e pronto socorro geral, unidade de atenção intensiva em saúde mental (em regime de hospital – dia), centros de atenção psicossocial, serviços terapêuticos que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão.” (BELMONTE, Pilar R et. al , 1998, p. 37).

Todas estas propostas levam-nos a enxergar que a saúde mental passa a ter uma maior amplidão, pois envolve a sociedade (e não apenas médicos, psiquiatras) possibilitando assim que diversos profissionais da saúde, ou não, passem a se incorporar nesta luta, pois todos os envolvidos têm a mesma importância (surge assim a democratização de idéias e serviços).

1.2. HISTÓRICO DO CAPS e ESTRUTURA DO CAPS

É necessário entender que o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é um lugar de referência, objetivando o tratamento a pessoas com transtornos mentais, sendo inaugurado em Março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da rua Itaquera. BRASIL (2004). A criação dos CAPS faz parte de um movimento de trabalhadores de saúde mental, que além de buscarem um tratamento mais humanitário (diferente dos maus tratos e precariedade dos manicômios) possibilita também uma reinserção social, pelo acesso ao trabalho, lazer, etc.

Sendo assim, é possível esclarecer que de acordo com BRASIL (2004) estes centros visam: prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidados clínicos eficientes e personalizado, dar suporte e supervisionar a atenção à Saúde Mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) ; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem

no seu território e manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Os CAPS se preocupam com o sujeito e sua singularidade, sua cultura e história, e são diferentes quanto a: tamanho de equipamento, estrutura física, número de profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas. Existem vários tipos de CAPS (que foram criados a partir da portaria nº 336, de 2002, pelo Ministério da Saúde), sendo: CAPSI e CAPSII – são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS III – são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo a população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. CAPSi – CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. CAPSad : CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário á população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo CAPS possui leito de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. (BRASIL, 2004).

Os serviços oferecidos pelos CAPS não se restringem ao espaço físico, pertencentes a estes centros, pois os usuários recebem um tratamento que se adequa a sua necessidade, ou seja, se uma pessoa (isolada) não tiver condição de acesso ao serviço, esta poderá ser atendida por um profissional da equipe do CAPS em casa e será estimulada a procurar o CAPS mais próximo de sua região.

O atendimento oferecido pelos CAPS restringe-se a pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, preferencialmente, com transtornos mentais severos e /ou persistentes e inclui também transtornos relacionados a álcool e outras drogas, estendendo-se também a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Não podemos deixar de explicitar que um dos principais objetivos do CAPS é “atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações. O CAPS oferece diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares” (BRASIL, 2004, p. 17).

Sabe-se da importância da família dentro das atividades dos CAPS, e que esta pode participar do CAPS, não apenas incentivando os “atendidos” a se dedicarem ao tratamento, mas também participando das atividades dos serviços, tanto internamente,

como em projetos de trabalho social, sem deixar de citar que na maioria das vezes, o próprio familiar acompanha o paciente em seu primeiro contato com estes centros, ou os incentiva a procurar pelo programa de saúde mental da família (que os encaminha aos CAPS) na ausência dos CAPS em sua cidade.

Ainda que as condições de tratamento a pessoas que sofrem de transtornos mentais, tenha obtido êxito no Brasil, com a criação dos CAPS (em substituição ao modelo hospitalocêntrico), não podemos deixar de divulgar toda e qualquer crítica (positiva e/ ou negativa) sobre a chamada política” substitutiva” dos hospitais psiquiátricos pelos CAPS, por isso, utilizaremos os comentários do Blog de Cinthya Leite, que nos alerta sobre a ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) que traça um panorama preocupante da saúde mental no Brasil.

Através dos comentários, percebemos que segundo pesquisa do CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) os CAPS apresentam deficiências estruturais: não possuem profissionais em número suficiente no atendimento (69,4% dos CAPS avaliados – 50 CAPS não existiam médicos clínicos. Em dez CAPS álcool e droga e em nove CAPS infantis havia um único psiquiatra disponível) e quanto a questões de capacitação profissional, divulga-se que 42% não realizam capacitação das equipes de profissionais de saúde de atenção básica e 64, 3% não faziam supervisão técnica para os membros dessas equipes.

Quanto ao CAPSIII, divulga-se que 30% não acataram a legislação no que se refere a atenção contínua durante 24 horas diariamente.

Importante destacar que, segundo a CNM (Confederação Nacional de Municípios) apenas 14, 87 % das cidades possuem pelo menos um CAPS à disposição da população e de que o CREMESP atesta que entre 85 dos 230 CAPS analisados 67% foram detectados problemas sérios de atendimento, normalmente associados à falta de médicos no local. Quanto aos aspectos positivos destacamos que, na pesquisa apresentada, ressalta-se que as medicações psiquiátricas, não servem apenas para dopar (isso é coisa do passado) pois os pacientes hoje, respondem muito bem à terapia medicamentosa, com vida normal.

Para encerrarmos, salientamos que um dos problemas mais graves é que 66,2% dos CAPS não estão cadastrados no CREMESP, o que impossibilita não somente as fiscalizações, mas a possibilidade de denúncias, por isso, urge exigirmos políticas claras, para que possamos enfrentar juntos (cidadão, comunidade e sociedade) estes desafios que

podem ser vencidos e superados, não nos tirando ou nos desviando de caminhos que respeitam o histórico dos seres humanos, assim como seus sonhos e a busca pela sua autonomia e liberdade.

1. 3. POR QUE O INTERESSE EM TRABALHAR TEATRO NO CAPS?

No decorrer do curso de Licenciatura em Teatro na Universidade de Brasília (UNB) pela EAD (Educação à distância), foi possível perceber e vivenciar que a linguagem teatral além de rica e ilimitada, leva-nos a desafios que transcendem o palco e nos insere na vida, possibilitando-nos o exercício da liberdade, do pensamento e da ação.

Por isso, a identificação imediata com o pensamento de Boal, quando nos diz “no sentido mais arcaico do termo, porém, teatro é a capacidade dos seres humanos (ausente nos animais) de se observarem a si mesmos em ação. Os humanos são capazes de se ver no ato de ver, capazes de pensar suas emoções e de se emocionarem com seus pensamentos. Podem se ver aqui e se imaginar adiante, podem se ver como são agora e se imaginar como serão amanhã.” (BOAL, 2009, p. XIV) .

Sendo assim, jamais descartaria as palavras de Boal em acreditar que o teatro possa ser aceito, experimentado e visto dentro do CAPSIII, cujo trabalho teve início em 23 de Julho de 2010, com a formação de um grupo (10 pacientes, sendo 5 homens e 5 mulheres) selecionado e escolhido pela psicóloga e terapeuta ocupacional do CAPSIII (que também integram o grupo) por demonstrarem interesse e apresentarem vínculos afetivos e maturidade para participarem desta etapa de reabilitação social, buscando uma visão mais crítica sobre si mesmo e do universo que o cerca.

O projeto dentro do CAPSIII apresenta também como proposta o respeito às bagagens e experiências de seus participantes, pois estimula o desenvolvimento de potencialidades, até então muitas vezes não estimuladas ou reconhecidas, além da descoberta de sua própria voz.

O convite para desenvolver um trabalho teatral dentro do CAPSIII, pela própria instituição, fez com que eu repensasse minhas vivências teatrais e a possibilidade de aliar a teoria à prática, pois o curso de Licenciatura em teatro nos faz entender que além da necessidade da técnica, temos que desenvolver um outro olhar sobre o mundo e não nos restringirmos apenas a um olhar ordinário, calcado no óbvio, no pré-conceito e na discriminação, mas ir além do banal, com maturidade e sabedoria.

A sociedade capitalista nos estimula e nos incentiva a nos tornarmos mercadoria barata e a deixarmos de acreditar na possibilidade de sonhar e “brincar”, somos o tempo todo impelidos a ter e não a ser. Por isso, torna-se importante refletir sobre o papel da arte e do próprio ser humano, pois muitas vezes somos condicionados a não entender que a função permanente da arte é “recriar para a experiência de cada indivíduo a plenitude daquilo que ele não é, isto é, a experiência da humanidade em geral. A magia da arte está em que, nesse processo de recriação, ela mostra a realidade como possível de ser transformada, dominada e tornada brinquedo” (FISCHER, 2007, p. 252).

A partir desses pensamentos somos levados a acreditar não apenas na arte, ou no teatro, além do próprio homem, mas na capacidade de qualquer “ser” a olhar para dentro de si mesmo e a encontrar mudanças para a sua própria vida, recriando assim seu cotidiano.

Embora os dados sobre os maus tratos e desrespeito às pessoas que sofrem de transtornos mentais continue existindo e nos incomode e nos assuste, urge acreditarmos que a arte é capaz de intervir de forma madura e eficiente dentro do CAPSIII, propondo vivências e experiências calcadas em um trabalho sério e maduro, não apenas firmado no respaldo teórico, mas também na troca e respeito mútuo, pois a arte é um direito de todo ser humano. Para mim, futuro arte-educador, é desafiador realizar uma proposta de intervenção da pedagogia do teatro dentro do CAPSIII, na cidade de Barretos (São Paulo) para poder contribuir com pessoas que independentemente dos transtornos mentais necessitem, peçam e mereçam apoio irrestrito e incondicional.

2. “TRATAR É SER MEDICADO”¹

É possível constatar que as medidas e ações (no século XVII) dentro dos hospitais psiquiátricos eram subordinadas apenas à figura do médico. Tanto que Pinel, em sua proposta de criar um novo “estatuto do louco”, propunha que o tratamento em que se discutia, não somente a conduta do próprio médico, mas, a necessidade deste incorporar em suas ações, medidas mais humanitárias- estabelecesse com pacientes uma relação de troca e não de imposição.

¹ O termo “Tratar é ser medicado”, assim como “tratar é ser cuidado/(des) cuidado” e “Tratar é estar em atividade” são classificados como categorias e pertencem ao artigo “Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico” escrito por Rubiane Rodrigues Mostazo e Débora Isane Ratner Kirschbaum, 2003.

A medicação sempre foi condição básica para o tratamento psiquiátrico como forma não apenas de modificação, mas também de corrigir comportamentos MOSTAZO e KIRSCHBAUM (2003). Constatase que até os dias de hoje, a hegemonia do médico prevalece, mas esse condicionamento social (calcado principalmente na medicação) está se modificando e outros profissionais passam a incorporar uma realidade (no tratamento de pessoas com transtornos mentais) que conta não somente com enfermeiros, mas também com psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais.

A terapia medicamentosa (utilizada no CAPSIII) é o tratamento feito com a utilização de medicamentos que atuam nos sistemas neurotransmissores cerebrais ROCHA (2005) e a utilização deve ser específica, sempre após uma avaliação médica – Os psicofármacos são utilizados por usuários que apresentam : esquizofrenia, transtorno bipolar, depressões graves e ataques de pânico.

O uso dos psicofármacos “como é recomendado pelo Ministério da Saúde, deve estar inserido na estratégia geral de internação (e não ser o instrumento único) tanto em casos de clientes em crise aguda como daqueles com problemas crônicos, por ser tratar de um tratamento sintomático, ou seja, não modifica o curso natural do problema do cliente, não cura. No entanto, ao reduzir o nível de ansiedade, ou a agitação por exemplo, mudam-se as condições para o contato direto entre a equipe e o cliente, o ambiente e o cliente.” (ROCHA, 2005, p . 103).

Importante citar ROCHA (2005) que apesar da ação benéfica dos psicofármacos, na redução do nível de ansiedade e agitação nos pacientes que sofrem de transtornos psíquicos, estes devem ser repensados quanto à questão de suas altas dosagens.

De acordo com MOSTAZO E KIRSCHBAUM (2003), temos que tomar cuidado com a propaganda da indústria farmacológica pois esta divulga e estimula (de forma ostensiva) que “Tratar é sinônimo de medicar” . Importante refletir que “Dessa forma, o que se pode perceber é que o uso de medicamento no tratamento psiquiátrico se mantém por meio de uma representação socialmente compartilhada, permitindo, assim, adesão significativa da medicação como condição básica de tratamento psiquiátrico.” (MOSTAZO e KIRSCHBAUM, 2003, p. 4).

Em minha experiência profissional dentro do CAPSIII, percebo que existe ainda um condicionamento na figura do médico e da medicação, mas entretanto, verifica-se também que a maioria dos pacientes (que participam da Oficina teatral) questionam: a

necessidade do significativo, segundo eles, número de remédios a serem consumidos e seus efeitos colaterais - como excesso de sono, como também, a importância de outros profissionais, como a terapeuta ocupacional e a experiência com o teatro .

Não podemos deixar de explicitar que a maioria dos pacientes acredita que a eficácia do tratamento está baseada na cura, ou seja, na necessidade da medicação -tanto que se sentem culpados e cobrados pelos familiares, quando deixam de seguir as orientações de médicos e psiquiatras. Algumas dessas questões foram sendo levantadas em nossa Oficina, mas percebe-se ainda o receio em falar e questionar sobre esses assuntos, destacando, principalmente o excesso de medicação. Entretanto, alguns integrantes sentem-se mais confortáveis em comentar sobre esses assuntos em particular.

Falar sobre “cura“ é frisar que “No século XIX, a prática objetivava a cura para com os insanos como característica central da medicina mental. Os psiquiatras divulgaram a necessidade de um tratamento para os loucos, resultando em atitude ativa, transformadora de sintomas e de alterações morais. Nota-se que, até a primeira metade do século XX, a eficácia do hospício para a sociedade residia na operacionalidade da cura.” (MOSTAZO e KIRSCHBAUM , 2003, p . 5).

Diante dessa assertiva, torna-se importante perceber que existem diferenças significativas entre medicamentos físicos e medicamentos psicológicos ou morais e que toda forma de medicar (cuidar) exige responsabilidade, conhecimento, generosidade e, principalmente ética, pois o homem deve ser estimulado a desenvolver suas potencialidades e reconhecer que possui limites e dificuldades que devem ser enfrentados e assumidos, assim como em buscar uma autonomia, que o leve a entender e exercer seu papel de “ser social” capaz de vivenciar suas ações, que são políticas, por excelência.

2. 1. “TRATAR É SER CUIDADO / (DES) CUIDADO”

Compreender o sofrimento psíquico das pessoas que sofrem de transtornos mentais, é mais que urgente, e uma das formas mais maduras, que nos levam a esta compreensão é saber que todos os “seres“ (homens e mulheres) possuem e enfrentam dificuldades e sofrimento em menor ou maior grau. Quantas vezes enfrentamos dificuldades, não apenas de ordem psíquica e alteramos nosso sentir, pensar e agir.

Durante muito tempo, evidenciou-se que qualquer tipo de “alteração“ comportamental, levava a segregação e que a única saída para resolvê-la era a internação

em hospitais psiquiátricos. Entretanto, constatou-se “ao longo de décadas, o efeito prejudicial da exclusão, do isolamento e da internação prolongada – muitas vezes “internação perpétua” - com o uso excessivo de medicamentos e a falta de estímulo para que o cliente exercitasse suas potencialidades.” (ROCHA, 2005, p. 95).

Hoje, depois de muitas lutas (contra preconceito e estigmas) e desafios, em que a “loucura” passa a ser considerada como enfermidade, e necessita ser cuidada por outras pessoas, é que podemos reafirmar: toda pessoa que apresenta transtorno mental pode ser reabilitada, e existem espaços que não somente a respeitem, mas a enxergue integralmente, pois independentemente dos sintomas ou dificuldades apresentadas, esta possui também capacidade e potencialidades a serem descobertas, experimentadas e vivenciadas.

A sistemática do CAPS, destacando o CAPSIII, tem como propósito atender pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita a viver e realizar seus projetos de vida BRASIL (2004). Criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, propõe iniciar um vínculo terapêutico, baseado na confiança com os profissionais que lá trabalham e no respeito mútuo.

De acordo com BRASIL (2004), o CAPSIII com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, apresenta as seguintes características: Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriado e finais de semana; Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território; Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e / ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) por determinação do gestor local; Coordenar, por delegação do gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ ou do módulo assistencial; Realizar e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1.077, de 24 de Agosto de 1999, e medicamentos excepcionais regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de Agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; Estar referenciado a um serviço de

atendimento de urgência/ emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

A assistência prestada ao paciente no CAPSIII inclui as seguintes atividades:

Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); Atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividade de suporte social, entre outros); Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; Visitas e atendimentos domiciliares; Atendimento á família; Atividades comunitárias, enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; Acolhimento noturno, nos feriados e fins de semana, com no máximo cinco leitos, para eventual repouso e/ ou observação; Os pacientes assistidos em turno (quatro horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão quatro refeições diárias; A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a sete dias corridos ou dez dias intercalados em um período de 30 dias.

Recursos humanos:

A equipe técnica mínima em atuação no CAPSIII, propõe o atendimento de 40 pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 pacientes/ dia, em regime intensivo, será composta por: 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo , assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo, ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem ; técnico administrativo ; técnico educacional e artesão.

Para o período de acolhimento noturno em plantões de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

3 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 1 profissional de nível médio da área de apoio.

Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 1 profissional de nível superior entre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior

justificado pelo projeto terapêutico; 3 técnicos / auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 1 profissional de nível médio da área de apoio.

Vale ressaltar agora (após as informações citadas acima) algumas características e ações pertinentes ao CAPSIII de Barretos (São Paulo), tais como: O CAPSIII surgiu em 2002, inicialmente como CAPSII, passando a funcionar como CAPSIII, em Agosto de 2008 e atualmente está localizado na rua 16, nº 748 – Centro.

O quadro de funcionários se modificou consideravelmente, pois no passado era composto por 12 integrantes (somando a equipe técnica e área de apoio), sendo que atualmente registra : 2 psicólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 6 enfermeiros e 3 médicos (equipe técnica) assim como: 1 auxiliar de T.O ; 2 auxiliares administrativos; 2 serviços gerais; e 11 técnicos de enfermagem (totalizando 29 profissionais). Destacamos que hoje, são atendidos aproximadamente 400 pacientes de Barretos e micro-região.

Em busca de melhorar e modernizar suas ações práticas, este serviço cria a partir de 2007, alguns projetos (e parcerias) destacando, o "concurso de artes" (em homenagem ao dia da luta antimanicomial que através de temas livres, incentiva seus pacientes a criarem desenhos, que ilustrarão a camiseta da instituição - a escolha é feita através de votação em urna – tanto pelos pacientes, funcionários e familiares) assim como parcerias (2010 – 2011) com instituições e empresas como: JBS – Friboi (Frigorífico – Barretos) que atualmente estuda a contratação de 15 pacientes (pertencentes ao CAPSIII e a APAE) através de projetos de reinserção social.

Salientamos ainda a continuidade do trabalho de intervenção pedagógica do teatro – por meio de uma oficina teatral, iniciada em 23 de Julho de 2010 - que independentemente da obtenção de êxitos e resultados positivos em suas ações práticas e teóricas, propõe incorporar ao CAPSIII, o teatro como intervenção pedagógica para a transformação do ser mental e suas relações tanto sociais, como profissionais e/ou consigo mesmo, levando-o a repensar e reinventar seu cotidiano, com autonomia de ações, através do próprio fazer teatral, possibilitando uma reinserção social.

2.2. “TRATAR É ESTAR EM ATIVIDADE”

A partir do momento em que passamos a refletir e entender que não precisamos nos deter (em relação aos transtornos mentais) apenas na figura do médico e de seus diagnósticos, como única forma de tratamento – pois “a reforma psiquiátrica propõe que

o trabalho não seja centrado nos sintomas, mas na história de vida, na “experiência-sofrimento” da pessoa. A psiquiatria criou um objeto, a doença; e uma série de aparatos referidos a esse objeto; ela trata dessa doença visando à eliminação dos sintomas. Para a reforma psiquiátrica interessa compreender por que o problema assumiu determinadas formas de expressão na vida de determinada pessoa. É impossível, nesse contexto, separar o sofrimento da existência.” (ROCHA, 2005, p. 87) – é que percebemos a possibilidade real e concreta do teatro e da arte, como projeto pedagógico, que vai além da “prevenção” em saúde mental.

De acordo com Ruth Mylius Rocha, “Os transtornos mentais ocorrem em todas as classes sociais, em todos os países, porém o sentido que cada pessoa vai dar a sua existência varia de acordo com suas referências, com sua biografia” (ROCHA, 2005, p. 90). Propomos, através da arte e do teatro, a descoberta e o resgate de uma biografia pessoal, pois somente o autoconhecimento e a aquisição de uma visão crítica, tanto sobre si mesmo, como sobre o mundo é que nos dará condição de resolver conflitos, assim como modificar e transformar nossa existência.

Precisamos aprender a conquistar nossa autonomia e a sermos protagonistas de nossa própria história, por isso, devemos estar alertas sempre, para que possamos vivenciar o que nos diz Paulo Freire: “Somos seres históricos e inconclusos”. Assim como entender como educadores que:

É preciso mostrar ao educando que o uso ingênuo da curiosidade altera a sua capacidade de achar e obstaculiza a exatidão do achado. É preciso por outro lado, e sobretudo, que o educando vá assumindo o papel de sujeito da produção de sua inteligência no mundo e não apenas o recebedor da que lhe seja transferida pelo professor. Quanto mais me torno capaz de me afirmar como sujeito que pode conhecer, tanto melhor desempenho minha aptidão para fazê-lo. (FREIRE, 2011, p. 122).

Esta reflexão nos instiga a enxergar, segundo Freire, que ensinar exige reconhecer que a educação é ideológica e dentro deste princípio nos identificamos também com Bertolt Brecht e Augusto Boal, pois estes criadores e pensadores reconhecem que “todo teatro é necessariamente político, porque políticas são todas as atividades do homem, e o teatro é uma delas” (BOAL, 1983, p. 13).

Segundo Brecht, a estética teatral – forma teatral – forma dramática (poética idealista – Hegel) e épica (poética marxista) BOAL (1983) deve ser repensada e analisada, pois a arte não deve se prender, assim como se render, a catarse (forma

dramática) e reproduzir todo um pensamento burguês (capitalista) que torna o espectador passivo, levando-o a se ver como fixo, inalterável, considerado como conhecido.

A arte deve romper com os padrões burgueses que transformam a arte e o homem em mercadoria barata, levando os espectadores a assumirem uma postura crítica e distanciada, estimulando-os a pensar: É alterável o homem? De acordo com Boal:

Para que fique claro, Brecht não afirmava que em outras poéticas o ser humano não se modifica jamais. Em Aristóteles mesmo, o herói termina por compreender seu erro e por modificar-se. Mas Brecht propõe uma modificação mais ampla e total. Galy Gay² não é Galy Gay, não existe, pura e simplesmente – Galy Gay não é Galy Gay senão que é tudo o que Galy Gay, em situações determinadas, concretas, é capaz de fazer. (BOAL, 1983, p. 118).

O pensamento determina o ser ou vice versa? Para todas as poéticas idealistas (Hegel, Aristóteles e outros) a personagem já nasce com todas as suas faculdades e propenso a certas paixões. Suas características são imanentes. Para Brecht (1983) ao contrário, não existe natureza humana e, portanto “ninguém é o que é porque sim! É necessário buscar as causas que fazem com que cada um seja o que é.” (BOAL, 1983, p. 116).

Catarse e repouso, ou conhecimento e ação? “Brecht era marxista, por isso, para ele, uma peça de teatro não deve terminar em repouso, em equilíbrio. Deve, pelo contrário, mostrar por que caminhos se desequilibra a sociedade, para onde caminha, e como apressar sua transição.” (BOAL, 1983, p. 122).

Os autores Bertolt Brecht e Augusto Boal acreditam que:

a arte é imanente a todos os homens e não apenas a alguns eleitos; a arte não se vende como não se vende o respirar, o pensar e o amor. A arte não é mercadoria. Mas, para a burguesia tudo é mercadoria: o homem é uma mercadoria. E se o homem é uma mercadoria, será igualmente mercadoria tudo o que o homem produzir. Todo o sistema burguês se prostitui, o amor e a arte. O homem é a suprema prostituta burguesa! (BOAL, 1983, p. 126).

Diante dessas reflexões, em que Brecht propõe a criação do personagem–objeto - (como porta voz de forças econômicas e sociais – dentro da estética teatral) - e o repensar do homem como ser social, se faz necessário reconhecer também a importância e a contribuição de Augusto Boal, (que se inspirou em Brecht) e sua metodologia para o teatro, pois ele nos lembra:

² O personagem Galy Gay pertence a obra “Um homem é um homem” de Brecht.

No princípio, o teatro era o canto ditirâmico: o povo cantando ao ar livre. O carnaval. A festa. Depois, as classes dominantes se apropriaram do teatro e construíram muros divisórios. Primeiro, dividiram o povo, separando atores de espectadores: gente que faz e gente que observa. Terminou a festa! Segundo, entre os atores, separaram os protagonistas das massas: começou o doutrinação coercitivo! (BOAL, 1982, p. 135).

A partir dessas reflexões, vamos assumir nossa autonomia como seres capazes de mudar rumos e caminhos pessoais e/ou profissionais e acabar com o “doutrinação coercitivo” (proposto pela classe dominante) e incorporar ao nosso trabalho de intervenção pedagógica do teatro, a máxima:

O povo oprimido se liberta. E outra vez conquista o teatro. É necessário derrubar muros! Primeiro, o espectador volta a representar, a atuar: o teatro invisível, teatro foro, teatro imagem, etc. Segundo, é necessário eliminar a propriedade privada dos personagens pelos atores individuais: Sistema Coringa. (BOAL, 1983, p. 135).

Mas para podermos nos libertar e derrubar muros, temos que vivenciar: “todos os seres humanos são atores, porque agem, e espectadores, porque observam. Somos todos espect-atores.” (BOAL, 2009, p. IX), assim como fazer com que o teatro seja não apenas um projeto extra CAPS, mas sim um trabalho incorporado não apenas a rotina do CAPSIII, mas a qualquer CAPS existente, seja na capital ou interior do estado.

3. METODOLOGIA

No ano de 2010, eu recebi um convite, através da psicóloga e da terapeuta ocupacional (pertencentes ao CAPSIII) para poder desenvolver, dentro da instituição citada, uma oficina teatral, que deveria ter a duração de seis meses. Desde o primeiro encontro ficou estabelecido (em total acordo) que as profissionais participariam da oficina, pois estas, além de demonstrarem interesse na participação, dariam um suporte técnico, caso viesse a ocorrer alguma “crise” com alguns dos participantes, durante os encontros.

Após aceitar o convite, ficou estabelecido que iríamos nos reunir na próxima semana, com a equipe técnica do CAPSIII, onde seria apresentada uma proposta de trabalho, especificando não apenas os objetivos, mas as metas também a serem alcançadas. O encontro com a equipe técnica ocorreu dentro do prazo previsto, com tranquilidade, sendo que após a apresentação do projeto que propunha “Uma proposta de intervenção da pedagogia do teatro” no CAPSIII, ficou acertado um novo encontro, mas com o grupo a ser trabalhado (grupo este selecionado e escolhido pela psicóloga e pela terapeuta ocupacional) juntamente com as profissionais citadas.

Desde o recebimento do convite, para trabalhar com o CAPSIII, até a reunião com o grupo selecionado (10 pacientes, sendo 5 homens e 5 mulheres) que demonstrou maturidade e aceitação à proposta apresentada (incluindo também o desenvolvimento de habilidades artísticas) com entusiasmo, percebe-se que a Instituição tem a plena consciência de que:

Há muito tempo se observava o efeito negativo da falta de atividade entre os usuários dos serviços psiquiátricos. Hoje, considera-se o funcionamento das oficinas um aspecto importante do tratamento em saúde mental. O que conta, na atividade, não é manter as pessoas ocupadas, mas o fato de que elas possam assumir outros papéis, além de paciente (ROCHA, 2005, p. 101).

Diante disso, o trabalho de intervenção pedagógica do teatro no CAPSIII, se iniciou a partir de 23 de Julho de 2010.

Por saber que a arte propõe a transformação social e pessoal, assim como, fazer com que o ser humano possa adquirir uma visão crítica sobre si mesmo e reconstruir sua própria história, levando-o ao desabrochar de potencialidades já existentes, mais ainda não descobertas, foi o que me levou a elaborar uma proposta de intervenção da pedagogia

do teatro, pois esta atesta e dá oportunidade ao grupo trabalhado de experimentar, entender e confirmar que:

Todo mundo atua, age , interpreta. Somos todos atores. Até mesmo os atores! Teatro é algo que existe dentro de cada ser humano, e pode ser praticado na solidão de um elevador, em frente a um espelho, no Maracanã ou em praça pública para milhares de pessoas. Em qualquer lugar... Até mesmo dentro dos teatros.” (BOAL, 2009 , p. IX).

Urge entender que o grupo trabalhado se propôs a vencer barreiras, culpas e medos e a buscar saídas para uma consciência de renovação (na prática) de valores pessoais e/ ou sociais que o leva muitas vezes, além de se fechar dentro de si mesmo, a se ver como seres incapazes e “não produtivos”. Por isso, foi imprescindível refletir, discutir e questionar, durante os encontros, ensaios e apresentações que precisamos deixar de participar deste processo de coisificação (ao qual vivemos hoje) e de ter consciência de que é possível não se adequar a estereótipos, criados e estimulados pela sociedade capitalista.

Contudo, qualquer iniciativa de processos de mudança e de busca de autonomia exige rupturas e coragem, e não se restringe apenas ao educando (grupo trabalhado), por isso, é fundamental perceber que “ensinar exige risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer tipo de discriminação.” (FREIRE, 2011, p. 36) e de que somos condicionados e estimulados (pela mídia, que reproduz a ideologia burguesa) a reproduzirmos (também como arte educadores) pré conceitos e discriminações e, muitas vezes inconscientemente a não permitir a evolução e a autonomia do outro, mas a hegemonia do autoritarismo e da falta de ética em nossos pensamentos e ações.

Trata-se, então de entendermos que “ensinar e aprender têm que ver com o esforço metodicamente crítico do professor de desvelar a compreensão de algo e com o empenho igualmente crítico do aluno de ir entrando como sujeito da aprendizagem, no processo de desvelamento que o professor ou professora deve deflagrar.” (FREIRE, 2011, p. 108). O desafio na concretização e realização da oficina ministrada, para o grupo assistido do CAPSIII, se deu tanto para os educandos, como para o educador.

O trabalho desenvolvido por meio de uma oficina teatral, levou os membros do grupo a: Estudar e ter condições de experimentar, assim como vivenciar a aplicação tanto de jogos dramáticos, como teatrais (criados por Augusto Boal) e de exercícios de improvisação (livres e direcionados) 2 – Materialização de uma leitura dramática, através da junção dos textos “O menestrel” e “Eu, etiqueta”. 3 – Experimentar e vivenciar a

diferenciação de leitura branca e leitura dramática. 4 – Conhecer, rediscutir e experimentar exercícios de voz (também Boal). 5 – Apresentar-se em público, através da leitura dramática (com duração máxima de 25 minutos). 6 – Participar de (2) filmagens do produto final (com a participação da terapeuta ocupacional e sem a participação desta). 7 – Discutir, avaliar e repensar a experiência artística.

Importante enfatizar que, apesar do grupo reagir de forma positiva à proposta apresentada, inicialmente este apresentou dificuldades, onde destaco: 1- Maior facilidade na execução dos jogos dramáticos (onde todos são “jogadores”) e dificuldades com os jogos teatrais (onde os participantes alternaram os papéis de “jogadores” e “observadores”). Isto evidencia que o grupo apesar de altamente introspectivo, expunha-se com menos receio e medo, quando não era julgado e/ ou observado pelo outro, mas quando estimulado a expor opiniões e a encontrar “saídas” (solução cênica) para os problemas em cena, de atuação (do outro grupo) este se retraía. 2- O grupo exercia com tranquilidade os exercícios de improvisação (direcionada), pois se sentia mais seguro (tinha um foco, já definido) ao contrário das improvisações (livres) que o levavam a inibição, por acreditar em sua “não” capacidade para criar. 3- O grupo sentia receio em não conseguir decorar as falas do texto e ficou aliviado, ao saber, que haveria a utilização do texto em “mãos”.

Observação: A leitura dramática realizada, fez uma alternância entre as falas lidas e também decoradas, em função, de os preparar para uma futura montagem teatral (em que a utilização do texto em mãos, seria suprimida).

3- (continuação) O grupo apresentou problemas de leitura (independentemente de se caracterizar, como leitura branca ou leitura interpretativa) pois não possuía o hábito da leitura e desconheciam qualquer texto teatral. 4 – Os exercícios de voz foram realizados, sem grandes problemas, apesar da maioria dos integrantes, apresentar problemas com dicção, assim como em entender e explicitar na prática as “intenções” das falas. Por isso, foi trabalhado, insistentemente a compreensão textual também. 5 – Apesar do medo e o receio de se apresentar em público (característica normal), o grupo se sentia confiante e preparado para enfrentar o público, assim como em participar dos debates, após as apresentações. 6 – O grupo compreendeu a necessidade das filmagens, não apenas como registro, mas também como um feedback necessário para as correções de erros.

Observação: Os vídeos foram assistidos (juntamente comigo e com a terapeuta ocupacional e psicóloga) discutidos e analisados pelo grupo, objetivando a busca de uma maior qualidade artística (ou seja, qualquer erro seria revisto e modificado, assim como salientados todos os acertos). 7 – A experiência artística foi avaliada e repensada (com maior propriedade nos últimos 2 encontros) e continua em processo de amadurecimento, pois o trabalho com o CAPSIII não se encerra. Mais a frente voltarei a esta questão, momento em que serão levantados os pontos positivos e a contribuição que essa experiência e estudo trouxe, tanto para mim, futuro arte-educador, como para os participantes da oficina, propriamente dita.

Não podemos deixar de salientar que os participantes da oficina foram estimulados também a participarem de duas entrevistas – antes e após o resultado final, possibilitando reflexões e críticas sobre a experiência artística, levando em consideração os erros e acertos cometidos – por isso, pelos mesmos motivos foram realizadas duas filmagens – com a possibilidade de mudanças necessárias para o aprimoramento artístico e pessoal do grupo atendido, enfatizando que ainda foi estimulada a realização de um diário de bordo, onde foram anotadas toda e qualquer experiência vivenciada, sendo que a exposição ao grupo e leitura deste foi optativa.

3. 1. PLANO DE TRABALHO e RESULTADOS OBTIDOS

O trabalho desenvolvido levou em consideração o seguinte cronograma:

Período de vigência: de 24/ 04 a 17/07/2011
Carga horária: 40 horas
Período de regência: meses: Maio (dias: 6 - 13 – 20 e 27)
Junho (dias: 3 – 10 – 17 e 24) e Julho (dias : 1 e 8)
Todos os encontros aconteceram as sextas feiras, com a carga horária de 4 horas semanais, sendo que foram 10 encontros de 4 horas consecutivas.
Dias da semana: as sextas feiras – horário: das 9: 00 as 13: 00 h (totalizando 4 horas)

Observação: Desde o início do trabalho, ficou estabelecido e especificado que não seria permitido faltas, não apenas pelo cumprimento do cronograma (citado acima),mas também, pelo desenvolvimento artístico e pessoal de todos os envolvidos. Em função

desta exigência, o grupo ficou reduzido a 9 participantes (5 homens e 4 mulheres) pois, uma das integrantes (reside atualmente em Colômbia – São Paulo não compareceu a 2 encontros (nos dias 20 e 27 de Maio) impossibilitando assim sua permanência no grupo e na oficina. Apesar, de sua saída, a integrante compareceu a pré estréia da leitura dramática, incentivando o grupo a dar continuidade ao trabalho desenvolvido e apresentado.

Os encontros foram iniciados e terminados em formação de círculo, com aplicação de exercícios de voz e corpo, passando a leitura de textos (“O menestrel” e “Eu, etiqueta”) visando a diferença entre leitura branca e dramatizada.

Os jogos dramáticos e teatrais foram vivenciados após as discussões, que levaram em consideração, tanto o entendimento destes, assim como o motivo de suas escolhas.

Sequências de jogos (propostas)

Mês de Maio
Dia: 6 de Maio / Jogo: “João – bobo ou João – teimoso”
Leitura do texto “Eu, etiqueta” e “O menestrel”
Marcação cênica dos textos
Dia: 13 de Maio / Jogo: “Jogo de ritmo e movimento” Leitura dos textos, com discussão e marcação cênica
Dia: 20 de Maio: apresentação da leitura dramática “Poetagem” - Local: CEMART
Dia: 27 de Maio: apresentação “Poetagem” - Local: Guairá (CAPS Guairá/convite psicólogo)

Observação: As apresentações (citadas acima) funcionaram como uma pré estréia do espetáculo, sendo que a estréia, propriamente dita, ocorreu no dia 1 ° de Julho (no CEMART).

O grupo apresentou dificuldades, quanto aos jogos (jogo de ritmo e movimento) – pois demonstravam lentidão em suas ações – assim como também em “marcações cênicas” mas apenas no início do processo de trabalho. Houve, com o desenvolvimento dos jogos e exercícios, um amadurecimento artístico do grupo, tanto no âmbito artístico,

como pessoal, pois este, foi estimulado a pensar no plural e a buscar uma unidade de grupo.

As apresentações surpreenderam de forma positiva tanto o público (composto em sua maioria de familiares e funcionários do CAPSIII), quanto a equipe técnica (também pertencente ao CAPSIII), pois o grupo atestou sua capacidade em poder atuar com segurança e determinação. Torna-se necessário registrar também, que devido ao êxito da apresentação, o grupo foi convidado, pelo psicólogo do CAPS de Guairá, a se apresentar, no dia 27 de Maio, em Guairá dentro das comemorações ao dia da luta antimanicomial. A apresentação em Guairá também surpreendeu tanto o público presente (pouco público, composto pelos familiares e funcionários do CAPS / Guairá), quanto o próprio grupo, sendo que este, no final da apresentação, foi homenageado pelos integrantes do CAPS de lá (cada integrante recebeu, em mãos, no palco, uma caixa de bombom.)

Mês de Junho

No dia 3 de Junho foi iniciado um diálogo sobre a aplicação de uma entrevista, sendo que foram discutidos alguns itens, isso em função de que alguns pacientes terem dificuldades com a aplicação das mesmas devido a baixo grau de instrução e efeitos de medicações.

Especificidades

O grupo se adaptou à metodologia escolhida (já citada e comentada), mas apresentou dificuldades quanto às questões relacionadas as entrevistas, tais como: 3 (aspectos positivos e negativos do CAPS III) e 7 (Quais os conteúdos que você mais gosta e menos gosta nas aulas de teatro ?) Anexo A (Entrevista – antes da apresentação) . Percebeu-se que o grupo não conseguiu explicitar os aspectos negativos do CAPSIII, se restringindo apenas a medicação (como fator negativo – excesso de medicação) e revelou certas preferências (quanto aos exercícios e jogos) destacando: exercícios de improvisação (direcionada) assim como o trabalho realizado para uma maior compreensão textual.

Importante salientar que todos os participantes reafirmaram a identificação com os trabalhos práticos (bordados, pintura em tecido) estimulados e elaborados pela terapeuta ocupacional. (questão 4)

Dia: 3 de Junho / Jogo: “Mudando de parceiros”
Ensaios com novas marcações
Dia: 10 de Junho / Jogo: “Mudando de parceiros” (repetição do jogo)
Discussão sobre o diário de bordo e aplicação da entrevista (gravada)
Observação: No dia 17 de Junho foram discutidos detalhes colhidos nas entrevistas, assim como o reinício dos ensaios para a apresentação de “Poetagem”.

No dia 22 de Junho (em substituição ao dia 24 , devido ao feriado) foi realizado no CEMART, um ensaio técnico, em função da estréia do espetáculo que aconteceu no dia 1º de Julho (as 14:00 h. no CEMART) sendo que ainda foram realizadas algumas leituras (opcional) do diário de bordo.

O ensaio técnico foi realizado com insegurança, pois dois dos integrantes (Ana Maria e José) tiveram problemas de saúde e não puderam comparecer ao ensaio, entretanto, a situação se normalizou, pois ambos foram substituídos pela terapeuta ocupacional e pela psicóloga do CAPSIII.

Esta situação difícil fez com que o grupo aprendesse a se mobilizar em busca de soluções, ou seja, o ensaio ocorreu dentro de uma absoluta concentração, onde cada integrante se esforçou ao máximo, aprendendo a desenvolver um maior controle emocional.

Ficou evidenciado, apesar das bem sucedidas apresentações anteriores (pré-estréias), que teatro é por excelência, uma arte coletiva e séria, exigindo responsabilidade e disponibilidade interior. Após o término do ensaio, o grupo foi estimulado a desenvolver em seu Diário de Bordo, o tema “superação”, o que o levou a questionar não somente a função do erro, dentro do teatro, pois como já foi vivenciado, o “erro“, principalmente na aplicação de jogos teatrais, é não somente, questionado, analisado, mas aceito.

Mês de Julho

Apresentação de “Poetagem” no dia 1º de Julho (CEMART– as 14:00h)

Observação: O horário da apresentação foi revisto e decidido em função da ocorrência de problemas de saúde com dois (2) dos integrantes do grupo, que por ordem médica, não puderam comparecer aos ensaios do dia 22 de Junho. O encontro do dia 1º de Julho ficou estabelecido das 13:00 as 16:00h.

Após a apresentação foi realizada uma entrevista (pós- apresentação - gravada) com todos os integrantes do grupo, ressaltando que foi realizado ainda um debate com a platéia, de aproximadamente 20 minutos.

A entrevista ocorreu de forma muito tranqüila e bem humorada. O grupo pode demonstrar toda a satisfação e prazer pela conquista alcançada. Enfatizo que a última questão: “Houve algum tipo de mudança em você após a apresentação?” foi a mais discutida, sendo que ficou explicitado que: 1- A maioria dos integrantes reconheceu a importância do teatro (enquanto auto conhecimento e controle emocional) .2- Reconhecimento pelo valor da oficina (pela capacidade de vencer barreiras, como medo, descoberta da própria voz) . 3 – Satisfação e alegria na realização.

Gostaria de destacar a fala de uma das integrantes do grupo, pois segundo ela o teatro “Ergue a moral dos profissionais e dos pacientes” (Delcia). Através de seu depoimento, evidencia-se que a forma de tratamento, dentro do CAPSIII, se modificou, ou seja, os participantes da oficina passaram a ser mais “respeitados” (segundo ela) e “admirados” tanto pelos funcionários que trabalham nesta instituição, quanto pelos outros pacientes que a freqüentam.

Importante registrar que a sistematização do trabalho só foi possível e respeitada, devido a maturidade, tanto da coordenação da oficina, quanto dos participantes desta, pois ambos souberam enfrentar com afinco e determinação não somente o adoecimento de 2 (dois) integrantes do grupo, mas como o afastamento (em 2 encontros) do motorista do CAPSIII.

A finalização do trabalho se deu em 8 de Julho, das 9:00 as 13:00 h, onde foram discutidos os resultados do trabalho apresentado (já citados anteriormente) e as dificuldades encontradas, principalmente quanto a questões que envolvem: baixa auto estima e a necessidade em romper com condicionamentos que classificam as pessoas que sofrem de transtornos mentais, como incapazes e/ ou incompetentes - que aparecem no

trabalho, mas de forma inconsciente. Todo o processo de trabalho evidenciou a necessidade de refletir, não apenas as nossas atitudes (dentro e fora do palco) mas também nossos limites, por isso, sempre se questionava: Será que respeito a minha intuição ? Percebo, no CAPSIII e no teatro, um lugar acolhedor, que me respeita e me estimula a buscar minha autonomia? Como devo lidar com o “erro”? Devo jogar meu poder de criação fora? Será que não preciso aprender que muitas vezes a fala não é somente minha, mas do grupo? Estas questões (que não se encerram) e que foram levantadas, nos estimula a buscar não apenas novas respostas, mas também, novos caminhos que podem e devem ser trilhados e experimentados.

Devido a isso, não podemos deixar de creditar que através dos livros de Augusto Boal “Jogos para atores e não atores” e “Teatro do oprimido e outras poéticas políticas” este autor nos deu condição de (além de refletir essas questões) entender e aplicar toda uma sistematização de técnicas teatrais que nos impulsionaram a trabalhar uma proposta de intervenção da pedagogia do teatro (com o grupo já citado) pois como ele mesmo reafirma, podemos encontrar através de uma metodologia clara e desafiadora, uma condição interna de mudanças, passando de passivos a ativos de nossa reconstrução pessoal e que o teatro propõe esta mudança.

Para, entretanto, poder entender e atuar dentro do CAPSIII foi indispensável o máximo de conhecimento sobre este centro de atenção psicossocial, assim como as atividades terapêuticas oferecidas e desenvolvidas, como também o nível de relação entre o CAPSIII e as famílias dos atendidos, por isso, não podemos ignorar a contribuição de “Saúde mental no SUS : Os centros de atenção Psicossocial“ onde encontramos em sua publicação, o que são os CAPS e seus objetivos.

É mister neste momento salientar que o grupo assistido e trabalhado, sentiu-se recompensado e estimulado a participar das três apresentações propostas (2 em Barretos e 1 em Guairá) sendo que se propôs a dar continuidade ao trabalho, pois reconhece a sua importância para o seu processo de maturidade e de maturação, tendo como intenção ainda a formação do 1º grupo teatral, pertencente ao CAPSIII , da cidade de Barretos/ São Paulo.

O trabalho com o grupo continua, pois estamos em pleno vapor, nos preparando para uma nova apresentação, que ocorrerá, em Barretos, no dia 7 de Dezembro, as 20:00h, no Teatro “Jorge Andrade” (pertencente a FEB). Esta apresentação será realizada

de forma diferenciada, pois partimos agora para uma montagem teatral, com memorização de textos e trabalho corporal. Os encontros permanecem às sextas feiras, (no CEMART e/ ou no próprio CAPSIII das 9:00as 11:00 h) e tem o apoio técnico da psicóloga e da terapeuta ocupacional, que realizam a contra-regragem, no novo espetáculo. Percebe-se o grande amadurecimento do grupo, pois todos estão empenhados em dar continuidade ao nosso trabalho (que continua com a aplicação de exercícios e jogos - teatrais e dramáticos) e para isso, se disponibilizam (os participantes que moram em outras cidades) inclusive a se adaptarem a novos encontros, tanto que existe a possibilidade dos encontros se estenderem também para as quintas feiras (dentro do mesmo horário) .

O desenvolvimento do trabalho, ressaltando a leitura dramática, deu-se de forma consciente, através da aplicação de jogos dramáticos com uma sistematização baseada (como já foi explicitado) nos métodos de Boal, que propõe “Os exercícios e jogos não devem ser feitos dentro do espírito de competição – devemos tentar ser sempre melhor do que nós mesmos, e nunca melhor que os outros .” (BOAL, 2009, p. X) .

A importância em reconhecer tal premissa e a estimular o pensamento coletivo e colaborativo levaram alguns participantes a mudanças significativas em seu cotidiano, pois estes passaram a dialogar e sair de seu mundo “protegido e fechado” (altamente introspectivo), levando-os a também realizarem um trabalho com a fonoaudióloga da Instituição (que já apresenta resultados concretos), a retomar a vida escolar e a descobrir e redescobrir o grande prazer não somente em ler , mas também, em fazer (como atores) e assistir a peças teatrais.

A iniciativa de uma leitura dramática foi a resposta necessária ao grupo do CAPSIII que não tinha contato algum não somente com o teatro (raras exceções/ no âmbito escolar) mas com a própria literatura, e com sua “própria“ voz, pois a ignoravam e/ ou a desconheciam. Uma das maiores dificuldades apresentadas foi o fato de que em sua grande maioria, esses membros reproduziam valores e conceitos que não valorizavam não somente a possibilidade da busca de uma autonomia, mas também com a não concretização de mudanças significativas em suas vidas. Por isso, foi fundamental levá-los a refletir e repensar que:

Pessoas assim fazem parte das legiões de ofendidos que não percebem a razão de sua dor na perversidade do sistema social, econômico e político e que vivem, mas na sua incompetência. Enquanto sentirem assim, pensarem assim e agirem assim,

reforçam o poder do sistema. Se tornam coniventes da ordem desumanizante (FREIRE, 2011, p . 81).

O educador considera que ninguém é sujeito da autonomia de ninguém e nos faz repensar que “a autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser.” (FREIRE, 2011, p . 106). Por isso, torna-se importante reafirmar, que nosso trabalho no Caps III, não se restringe apenas a resultados práticos, ou a busca de uma autonomia pessoal ou artística, mas a valorização de um processo de aprendizagem, que engloba tanto o educador, quanto o educando.

Neste contexto, passamos a entender que planejar tem inúmeras dimensões, e dentre elas, destaco as pesquisas realizadas com os 9 pacientes do CAPSIII , que se deram através de duas entrevistas semi estruturadas (anexo A) sendo uma realizada antes e outra após as apresentações da leitura dramática “Poetagem“. Para a compreensão dessa amostragem parcial, entrevistamos todos os participantes da oficina e que freqüentam o CAPSIII, sendo que apenas dois dos pacientes não residem no município de Barretos.

Como critério de escolha dos participantes da referida oficina, não foi considerado o tempo de permanência no CAPSIII, devido a sua acentuada rotatividade e a “alta“ do paciente, assim como a idade, que não é relevante e a diferença de gênero por entendermos que tanto homens como mulheres sofrem de transtornos mentais.

Este roteiro de entrevistas foi elaborado a partir dos objetivos da pesquisa, sendo que além desse instrumento, utilizamos também, como coleta de dados, uma observação livre de abordagem qualitativa, visando a compreensão da realidade dos sujeitos que participaram deste trabalho, ou seja, da oficina propriamente dita.

3.2. PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Não podemos deixar de esclarecer também que abordamos os sujeitos, durante a entrevista, esclarecendo os objetivos da pesquisa e a importância desta, assim como apresentamos uma carta de intenção (Anexo B) para formalizarmos sua aceitação. As entrevistas foram realizadas e gravadas no local da oficina, mediante o consentimento do grupo atendido, e tiveram a duração média de duas horas (cada uma). Destacamos ainda que houve a intenção de resguardar o sigilo dos sujeitos.

3. 3. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados, DESLANDES (2010) onde seguimos a: Identificação e problematização das idéias explícitas e implícitas - Busca dos sentidos mais amplos (sócio culturais) - Diálogos entre as idéias problematizadas, informações preeminentes de outros estudos e o referencial técnico do estudo.

Primeira etapa: Após a leitura do material (a entrevista do grupo – antes e após as apresentações) identificamos os temas escolhidos: 1- Atividades desenvolvidas no CAPSIII. 2 – Grau de instrução. 3 – O teatro como projeto extra CAPS. 4 – Conhecimento prévio sobre o teatro. 5 – Identificação de conteúdos. 6 – Relação com os colegas e coordenadores do trabalho. 7 – Grau de participação nos encontros. 8 – Modificações pessoais. 9 – Diário de Bordo. 10 – Expectativas com a leitura dramática (antes da pré estréia).

Segunda etapa: Recortamos trechos de depoimentos e neles identificamos ideias explícitas e implícitas.

Estrutura de análise: Em busca de uma maior compreensão e organização, utilizamos a divisão de dois grupos (grupo A – 5 integrantes e grupo B - 4 integrantes) ressaltando que a estrutura da análise partiu de “O teatro como projeto extra CAPS”

Ex: Grupo A (grupo com nenhuma ou baixa escolaridade)

Depoimentos	Nome	Ideias
“Pela inteligência e pelo trabalho”	(Célia)	Valor intelectual do teatro
“Oportunidade de ler mais”	(Maria de Lourdes)	Idem
“Desperta vontade de aprender a ler”	(Sebastião)	Melhoria na qualidade de vida

Ex: Grupo B (grupo com ensino médio)

Depoimentos	Nome	Ideias
“Vejo como um projeto excelente, Importante para mim, pois passo a me	(Renato)	auto conhecimento

conhecer melhor”		
“Ergue a moral dos profissionais e dos pacientes”	(Delcia)	Reconhece a importância do projeto.
“Super importante pra mim. Não fico ansioso”	(Fausto)	Controle emocional e satisfação

Explicitaremos agora, alguns resultados: Todos acreditaram na importância do projeto e se sentiram realizados com a experiência artística, pois puderam desenvolver, principalmente uma reflexão sobre sua auto-estima.

Modificações acentuadas com a experiência: conquista de uma liberdade de expressão, pois passaram a falar de si e do outro, assim como a vontade de aprender a decorar textos (sendo que esta foi a maior preocupação de todos os sujeitos).

Contradições entre eles: O grupo B (com maior escolaridade) não permitiu faltas ou problemas com concentração e são mais individualizados, sendo que o grupo A vêem na coordenação a figura de “pai”, assim como apresentaram problemas com concentração.

Rivalidades: O grupo B, cobrava uma dedicação efetiva ao outro grupo, principalmente quando este apresentava dificuldades em marcações de cena, sendo que o Grupo A alegava, a sua dificuldade, a falta de conhecimento (Baixa escolaridade).

De acordo com o quadro acima, percebe-se que houve uma aceitação plena na proposta apresentada, pois todos os integrantes se esforçaram a romper com dificuldades pessoais, e a enfrentarem desafios, assim como a refletirem sobre seu grau de dificuldades e acertos, pois em teatro, o “erro” é permitido.

Não poderíamos deixar de ressaltar que houve inicialmente uma não aceitação quanto à experiência com o Diário de Bordo, que foi se modificando com o processo de trabalho, despertando vontade - de “aprender a ler” e de “perder a vergonha” - em mostrar suas anotações e reflexões em público. Um dos aspectos mais surpreendentes, neste trabalho, foi a segurança com que os membros do grupo demonstraram, durante a realização dos

debates com o público, após o término das apresentações, pois estes, de forma tranqüila surpreenderam a plateia através da postura e da firmeza em seus depoimentos pessoais, salientando modificações, tais como: um resgate a uma auto estima, a conquista de um desempenho oral, uma compreensão textual clara e efetiva e acima de tudo, o prazer na realização.

Para encerrar, gostaria de destacar que a leitura dramática foi decisiva para o processo de amadurecimento destes membros, pois através dela, foi possível vivenciar experiências, que até então permaneciam, apenas no plano do devaneio e da idealização. Sua realização foi um marco para o CAPSIII, que através dela se sentiu em condições de ampliar seu foco de ação, tanto que acaba de firmar um compromisso com o CEMART (Centro Municipal de Artes – Barretos / São Paulo) para a criação de um grupo de música (já existente), iniciado em 14 de Outubro, das 13: 30 as 14:30 h – com a coordenação da professora (Tina Ferreira) que tem o objetivo de levar os pacientes, além de entrar em contato com a música (e experimentá-la) , a realizarem um trabalho de preparação vocal e de respiração, sem nos esquecermos da possibilidade da criação de um coral. Este grupo é composto por 8 integrantes, sendo que três deles pertencem ao grupo de teatro do CAPSIII de Barretos- São Paulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho ou estudo nos deu a condição de potencializar todos os conhecimentos acumulados – durante a trajetória da formação acadêmica (EAD/UNB) – através de uma intervenção pedagógica do teatro dentro do CAPSIII, que foi desenvolvido no período de Abril á Julho de 2011. Por isso, torna-se necessário e fundamental, pontuar algumas ideias que consideramos importantes, partindo da experiência em estágio na referida instituição do município de Barretos.

Não pretendemos, através de nossa proposta, apresentar modelos, receitas de sucesso e/ou resolubilidade para questões que envolvem pessoas que sofrem de “transtornos mentais“. No entanto, propomos construir juntamente com elas, através do teatro, ações que as levem a vivenciar que “a arte possibilita ao ser humano repensar suas certezas e reinventar seu cotidiano.” (AZEVEDO, 2009, p. 335).

Nesse contexto, passamos a refletir não somente sobre a importância da arte e da relação com o outro, mas também com a própria sociedade em que vivemos, a qual propõe infelizmente a transformação do homem em mercadoria, por isso, se faz necessário questionar sempre “que sociedade é essa que fomenta a loucura, esfacela o eu, constrói falsas necessidades de consumo, propõe o ter em detrimento do ser? Que sociedade é essa que segrega os diferentes e desfaz qualquer possibilidade de vínculo social?” (AZEVEDO, 2009, p. 343). São questões que nos levam a considerar que nosso objetivo de pesquisa foi também questionar e fazer com que o estereótipo do chamado “doente mental“ seja extirpado.

Vale ressaltar que com o aprofundamento de nossas reflexões, exercícios e jogos, os integrantes do grupo passaram a entender e a vivenciar que mente e corpo são inseparáveis“ O que é explicitado por C.G. Jung em Psicologia do Inconsciente:

Um funcionamento inadequado da psique pode causar tremendos prejuízos ao corpo, da mesma forma que, inversamente, um sofrimento corporal consegue afetar a alma, pois alma e corpo não são separados, mas animados por uma mesma vida. Assim sendo, é rara a doença do corpo, ainda que não seja de origem psíquica, que não tenha implicações na alma. (JUNG, 2009, p.127.)

Contudo, para propormos uma libertação de condicionamentos sociais, ao grupo assistido, foi necessário fazê-los refletir que era possível mudarem seu cotidiano(as apresentações da leitura dramática também comprovam esta questão) assim como em acreditar que o “tratar“ não se limita apenas à figura do médico e que a loucura

“conforme as idéias do século XVIII, é uma doença não da natureza, nem do próprio homem, mas da sociedade; emoções, incertezas, agitação, alimentação artificial, todas estas ações são causas de loucura admitidas por Tuke e seus contemporâneos.” (FOUCAULT, 2010, p. 468) .

Trata-se, então, de levá-los a enxergar que precisamos aprender a nos ver, não apenas como “sujeito” mas como “seres sociais”, e que as instituições totais também estão vinculadas ao poder do sistema capitalista .

Observa-se, pois, que desde o século XVIII, a preocupação com o econômico - e não com o homem, principalmente o “homem pobre” e o “pobre doente” - preponderava, pois :

Se, em vez de construir vastos hospitais cuja manutenção custa caro, se distribísse diretamente auxílios às famílias dos doentes, haveria nisso uma tríplice vantagem. Em primeiro lugar, sentimental, porque vendo-o todo dia , a família não perde a piedade real que sente pelo doente. Econômico, pois não será mais necessário dar a esse doente alojamento e alimentação, assegurado em sua casa. Médica, enfim, uma vez que, sem falar na meticulosidade particular dos cuidados que ele recebe, o doente não é afetado pelo espetáculo deprimente de um hospital, que todos encaram como o “templo da morte”. (FOUCAULT, 2010, p. 413) .

Percebe-se que o homem, através do confinamento em hospitais psiquiátricos perde além de sua subjetividade, sua percepção da realidade e convívio pessoal e/ ou social.

Dentre as ações práticas executadas – pelo grupo assistido, como a realização de “Poetagem” que os levou a vivenciar o fazer teatral , comprovando o que BOAL (2009) nos afirma, pois somos todos espect-atores - fica uma incógnita : Por que será que, em todas as apresentações (incluindo a de Guairá) tivemos um número reduzido de público? Urge entender que é necessária uma mudança na forma da sociedade lidar e conviver com as pessoas que sofrem de transtornos mentais, pois precisamos criar e estimular o desenvolvimento de processos sociais (o nosso trabalho é um deles) que estimulem e impulsionem mudanças, desde a comunidade, para contemplar e respeitar a convivência com a diversidade.

Para encerrar, salientamos que a cada etapa do trabalho evidenciou-se que nosso processo está em permanente construção e transformação, por isso, este não se encerra por aqui. A nossa realidade está em plena mudança, assim como todos os envolvidos no trabalho, em função disso, reafirmamos que o estigma criado (para o senso comum) de que “lugar do louco é no hospício” precisa ser extinto. Mas para isso ocorrer,

reafirmamos que temos que por a mão na massa e sermos chamados a nossa responsabilidade (principalmente como arte- educadores), pois todas as ações do homem são políticas por natureza e a educação e a arte tem a condição de criar e estimular, micro ou macro mudanças, tanto no homem quanto na sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, Carlos Drummond. **Eu, etiqueta**. Disponível em < <http://projetos.educacional.com.br/paginas/pp/47080001/3854/t132.html> > acesso em Janeiro de 2011.
- AZEVEDO, Fernando Antônio G. **A arte possibilita ao ser humano repensar suas certezas e reinventar seu cotidiano**. (orgs) BARBOSA, Ana Mae; COUTINHO, Rejane Galvão – São Paulo: Ed, UNESP, 2009.
- BOAL, Augusto. **Jogos para atores e não atores** / - 13ª Ed – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- , **Teatro do oprimido e outras poéticas políticas** / - 4ª Ed.- Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.
- BELMONTE, Pilar R et al . Ministério da Saúde. **Temas de Saúde Mental. Textos Básicos do CBAD** (Material apostilado do curso de acompanhamento domiciliar, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 1998, 94 p)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. **Reforma psiquiátrica e política de Saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro, 2005.
- , **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- COSTA , I. A. B. **Dia Nacional da luta antimanicomial** – 18 de Maio, 2010. ARTIGO. Disponível em:< <http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=DIA+NACIONAL+DA+LUTA+ANTIMANICOMIAL+DE+IARA+.+A.+bACH+cOSTA&meta=>> acesso em 04.09.2011
- DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade** / Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 29ª Ed – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. 23ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2010
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e terra, 2011.
- FISCHER, Ernst. **A necessidade da arte**. 9. Ed – Rio de Janeiro: LTC, 2007
- FOUCAULT, Michel **História da loucura: na Idade Clássica**. 9ª ed – São Paulo: Perspectiva, 2010.
- G.R.E.S. Imperatriz Leopoldinense (RJ). Samba Enredo 1989 - Liberdade, Liberdade! Abra as asas sobre nós**. Disponível em <<http://letras.terra.com.br/imperatriz-leopoldinense-rj/46373/>> acesso em Janeiro de 2011.

JUNG, C.G. **Psicologia do inconsciente** / - 19ª Ed - Petrópolis, Vozes, 2011

LEITE, Cinthya. **ABP traça panorama preocupante da saúde mental no Brasil**, Blog casa Saudável. Disponível em:< <http://casasaudavel.com.br/tag/saude-mental/page/2/>> acesso em 04.10.2011

LOPES, M. H. I. **Pesquisa em Hospitais Psiquiátricos**. 2001. Disponível em:< <http://www.ufrgs.br/bioetica/psiqpes.htm> >- acesso em 21.09.2011

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. **Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca do tratamento psiquiátrico**. Rev. Latino. Am. Enfermagem vol.11. nº 6. 2003. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000600013&script=sci_arttext> – acesso em 20.09.2011

PEREIRA, lucimar. **Histórico do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena** ,Disponível em :< http://www.museudapsiquiatria.org.br/predios_famosos/exibir/?id=1> acesso em 06.10.2011

PSIQUIATRIA HOJE. **Políticas de Saúde Mental** – ABP, Jornal de Psiquiatria , Ano XXXII, Edição 3 . Março de 2010. Disponível em :< <http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=políticas+de+saude+mental+abp+edi%C3%A7%C3%A3o+3++mar%C3%A7o+de+2010&meta=>> acesso em 06.10.2011

ROBERTO, Gustavo. **O Menestrel** – Texto **O Menestrel**. William Shakespeare. Disponível em < <http://www.gustavoroberto.blog.br/2007/08/29/o-menestrel-shakespeare/> > Acesso em janeiro de 2011.

ROCHA, Ruth M. **Enfermagem em saúde mental**. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Ed. Senac Nacional . 2005

ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista (Antes da apresentação)

1 - Nome:

2 - Sexo: M () F ()

3 - Grau de instrução: Ensino fundamental ()

Médio ()

Superior ()

4 - Há quanto tempo frequenta o CAPSIII? Já tinha algum conhecimento prévio sobre o Caps?

5 - Quais os aspectos positivos e negativos do CAPSIII?

6 - De todas as atividades desenvolvidas no CAPSIII qual a que você mais se identifica? Por quê?

7 - O teatro como projeto extra CAPS é importante? Por que

8 - Você tem algum conhecimento prévio sobre o teatro?

9 - Quais os conteúdos que você mais gosta (e menos gosta) nas aulas de teatro ?

10 - Como é sua relação com os colegas e com o professor de teatro?

11 - Você se sente motivado para apresentar-se em público ?

12 - Quais as suas expectativas em relação a apresentação do espetáculo “Poetagem“ ?

13 - O que o teatro acrescenta em sua vida. Comente.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista (Após a apresentação)

1 - Nome

2 - Como você avalia sua participação na apresentação? E o desempenho do grupo?

3 - Algum fator te incomodou durante a apresentação?

- 4 - Você se preocupou com a presença de conhecidos, familiares ou amigos na platéia ?
- 5 - Você sentiu segurança durante a apresentação por parte do grupo?
- 6 - Você se sentiu seguro durante a apresentação?
- 7 - Como você sentiu o ritmo do espetáculo?
- 8 - Você acha que o espetáculo requer modificações?
- 9 - Houve algum tipo de mudança em você após a apresentação?

ANEXO B

Universidade de Brasília
Instituto de Artes
Departamento de Artes Cênicas

Universidade Aberta do Brasil – UAB**Instituto de Arte – IdA****Estágio Supervisionado 4**

Sou aluno (a) do curso de Licenciatura em Teatro da UAB/ UNB e esta entrevista tem o propósito de reunir dados que permita fazer um levantamento acerca do espetáculo “POETAGEM” que compõe a oficina de teatro proposta aos pacientes do Caps III. Tais coletas de declarações proporcionarão importantes reflexões que poderão não somente modificar erros e salientar acertos necessários para uma melhor aprendizagem na oficina oferecida mas também reunir dados para a conclusão de meu TCC (Trabalho de Conclusão de Curso).

Gostaria de contar com sua contribuição para a realização desta entrevista.

Agradeço desde já sua colaboração e de todos.

ANEXO C

“POETAGEM” (Adaptação das obras: “O menestrel” e “ Eu, etiqueta”)

Abertura (Música inicial)

Depois de um tempo você aprende a diferença, a sutil diferença entre dar a mão e acorrentar uma alma.

E aprende a construir todas as suas estradas no hoje, porque o terreno do amanhã é incerto demais para os planos e o futuro tem o costume de cair meio ao vão;

Todos: Precisamos ser livres!

Todos: (música) Liberdade , Liberdade!

Abre as asas sobre nós

E que a voz da igualdade

Seja sempre a nossa voz (Bis)

Mas, cuidado! Pois agora nos tornamos ANÚNCIO

Em minha calça está grudado um nome

Que não é o meu de batismo ou de cartório

Um nome... estranho

Meu blusão traz lembretes de bebida

Que jamais pus na boca nesta vida,

Em minha camiseta, a marca de cigarro

Que não fumo, até hoje não fumei

Minhas meias falam de produtos que nunca experimentei

Meu tênis é proclama colorido de alguma coisa não provada

Por este provador de meia idade.

Meu óculos, meu relógio, minha camiseta, minha gravata, minha calça

Meus sapatos, minhas meias.

Todos: Meu isso, meu aquilo

Desde a cabeça ao bico dos sapatos,

São mensagens,

Letras falantes,

Gritos visuais.

Ordens de uso, abuso, reincidências.

Costume, hábito, premência

Indispensabilidade

E fazem de mim homem- anúncio itinerante,

Escravo da matéria anunciada.

PEÇO QUE MEU NOME REITIFIQUEM

Já não me convém o título de homem

Meu nome novo é COISA

Eu sou a COISA, coisamente.

Meu nome é COISA.

Meu nome é Coisa, coisamente.

Gente! É duro andar na moda, ainda que a moda seja negar minha identidade.

E você aprende que o que importa não é o que você tem n vida, mas quem você é na vida.

E descobre que se leva muito tempo para se tornar a pessoa que quer ser,

E que o tempo é curto.

Aprende que não importa onde você já chegou, mas onde está indo,

Mas se você não sabe para onde está indo qualquer lugar serve.

E aprende que nem sempre é suficiente ser perdoado por alguém,

Algumas vezes, você precisa aprender a perdoar-se a si mesmo.

Portanto, plante seu jardim e decore sua alma,

Ao invés de esperar que alguém lhe traga flores.

ANEXO D

FOTOS



FOTO 1



FOTO 2



FOTO 3



FOTO 4



FOTO 5



FOTO 6



FOTO 7

